

14 artículo

Jaume Banqué Vidiella [[Buscar autor en Medline](#)]



Emigración y medio rural. La realidad que nos llega.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Descripción del fenómeno migratorio.

Uno de los fenómenos más importantes que se han producido en nuestro país durante los últimos años ha sido la gran afluencia de población inmigrante procedente de diferentes países y continentes. Esta afluencia masiva de nuevos ciudadanos en tan poco tiempo ha producido un cambio en nuestra sociedad que aun esta por ver y analizar. Hemos de tener en cuenta que a mediados del año 2000 había empadronados en España una población extranjera de alrededor de 1 millón de personas y a 1 de enero de 2005 el numero de extranjeros empadronados era de 3,73 millones (Por diferentes motivos no tendremos en cuenta en este artículo a la población inmigrante no regularizada).

Estas cifras nos dan una idea de la magnitud del proceso y de la velocidad del mismo constándose que alrededor del 50% de esta nueva población ha llegado a nuestro país durante estos últimos 5 años con todo lo que ello representa para una sociedad como la nuestra que se ha caracterizado entre otras cosas por la producción de inmigrantes por ella misma^a. Comparándolo con su entorno, el proceso de las migraciones en el resto de Europa fue muy lento y en la mayoría de países coincidió con el fin de su dominio colonial o con su progresivo desarrollo industrial como seria el caso de Holanda, Inglaterra y Alemania. España en estos últimos 6 años ha adquirido unos índices de población inmigrante que a otros países les costó muchos años en alcanzar, fenómeno por otra parte no previsto por los expertos en estos temas de nuestro país.

La situación a 1 de enero de 2005 es la siguiente: el 8,5% de la población española es de procedencia extranjera y este fenómeno no tiene indicios de pararse². Al analizar todo este proceso de llegada de nueva población extranjera nos podemos preguntar: ¿Todos estos extranjeros son iguales? ¿Como los tendríamos que denominar: migrantes, inmigrantes, extranjeros en si ? ¿Son los inmigrantes extraeuropeos un subgrupo dentro de los extranjeros residentes en nuestro país?

Durante esta última década muchos ciudadanos del norte de Europa se han afincado en diferentes áreas de nuestra costa mediterránea. Las más importantes agrupaciones están en Baleares y en el sur de la Comunidad Valenciana. Estos norteeuropeos vienen en búsqueda de tranquilidad, buenas condiciones de vida y sol todo ello a unos precios asequibles. Como resultado, ciertas zonas de nuestras costas se han convertido en un especie de geriátrico con todo lo que representa tanto para los habitantes autóctonos como para el funcionamiento de los servicios.

En algunas de estas poblaciones – mayoritariamente rurales – como es el caso del sur de la provincia de Alicante los extranjeros superan el 40% de la población y en más de una de ellas se habrá elegido un alcalde de dicha procedencia en estas últimas elecciones municipales. ¿ Son estos ciudadanos del norte de Europa inmigrantes realmente ? . ¿ Hemos de considerar a las comunidades africanas, sudamericanas. pakistaníes,... inmigrantes o extranjeros ?

Dejo este debate abierto..... pero personalmente soy de la opinión de que no hace falta añadir más diferencias a las ya existentes con todo lo que representan y condicionan por ellas mismas.

En este artículo me refiero fundamentalmente a la denominada inmigración económica que es la que acude a nuestro país y a Europa en búsqueda de unas mejores condiciones de vida que las que tiene en su países de origen.

¿Cómo podemos aproximarnos a este fenómeno tan complejo como es el de la

bibliografía

a. Evolución en numero de la población extranjera en España desde el año 1999.

b. % de Población extranjera sobre el total de población en ciertas Comunidades

c. Distribución de la población y de los inmigrantes por Comunidades Autonomas

d. Ubicación rural o urbana de los inmigrantes según procedencia.

e. Factores que intervienen en la relación profesional sanitario – paciente inmigrante. (Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿ un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad ?. Ate. Primaria 2006; 37 (5): 249-50)

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



inmigración?

Demográficamente hablando diremos que esta población inmigrante es una población joven y sana. De hecho no migra el quiere sino el que puede.

Hemos de pensar que para hacer un migración que tendrá lugar en la mayoría de veces en unas condiciones muy difíciles tanto económicamente como físicamente, se tiene que ser un individuo sano. Este estado de salud previo también será necesario para adaptarse a ese nuevo país de acogida localizado posiblemente en un continente diferente al de origen y en el que no se contará con una red de soporte familiar o social en la mayoría de casos.

Como podemos ver, esta nueva población es de procedencia muy diversa siendo la más numerosa la marroquí (mas de 500.000) estando casi a la par en cuanto al número con la ecuatoriana. No obstante la comunidad rumana es la que experimentado el mayor crecimiento en estos últimos tres años. La proporción de mujeres es más baja que la de hombres desde un punto de vista global. Pero si analizamos el género según procedencia vemos que esto no se cumple en el caso de la población de origen iberoamericano.

En cuanto a su edad, el 64,8 % tiene una edad comprendida entre los 16 y 44 años, y el 20,2% tiene más de 45 años². Su distribución por territorios – comunidades autónomas es muy irregular concentrándose mayoritariamente en las zonas con más movimiento económico como son las grandes ciudades y el arco mediterráneo: Madrid (13,1%), Baleares (15,9%), Comunidad Valenciana (12,4%) , Región de Murcia (12,35%) , Cataluña (11,52%)^b

Dentro de esta diferente distribución territorial según la comunidad de origen, existen diferencias en cuanto a si su asentamiento es rural o urbano. También para ayudarnos a entender un poco más este fenómeno, existen indicadores que nos describen el porcentaje población inmigrante en el medio rural sobre el total de población rural y por comunidad autónoma. Podemos ver con estos indicadores que si bien es la comunidad iberoamericana la que predomina en las ciudades, en el medio rural esta distribución según origen es mucho mas heterogénea.^{c,d}

No hemos de olvidar al mirar estas tablas, lo señalado con anterioridad sobre la presencia en ciertas zonas del mediterráneo de población extranjera procedente del norte de Europa, y que al igual que en las ciudades, son la población iberoamericana y la procedente de los países extracomunitarios las que han crecido más en los últimos años dentro del mundo rural. Como es de suponer todo este fenómeno ha afectado en gran medida a nuestros pueblos, los cuales padecen unos altos índices de envejecimiento añadidos al inacabable éxodo de pobladores rurales hacia otras zonas con mejores condiciones de vida mayoritariamente urbanas.

La llegada de esta nueva población a las zonas rurales ha modificado los indicadores demográficos al tratarse de una población joven y en edad de procrear. Hemos de tener en cuenta que a este fenómeno de “aluvión” que hemos vivido, le seguirá el proceso de “reagrupación de las familias” que añadirá más población joven a nuestros pueblos. Este fenómeno de reagrupación familiar será debido en parte al predominio actual del sexo masculino entre la población inmigrante en el medio rural. Estas estructuras familiares, y en general las de todas las familias inmigrantes, a diferencia de las de nuestro país tienen unos altos índices de natalidad.

Todo este fenómeno migratorio ha coincidido en tiempo y espacio con el de la explosión de las tecnologías de la información, que añadido al ciclo de bonanza económica que hemos vivido durante estos últimos años, ha hecho que la visión peyorativa que en cierto modo se tenía del mundo rural haya virado hacia la de un espacio de interés y con posibilidades reales de calidad de vida. En muchos aspectos se cree que este ciclo de bonanza económica tanto en el mundo rural como en todo el país, no habría sido posible sin la llegada masiva de inmigrantes.

Esta mano de obra (no vamos a entrar aquí en sus condiciones laborales) ha dado un fuerte impulso a la agricultura propiciando al mismo tiempo la aparición o la ampliación de pequeñas industrias locales tanto en el sector de la manufacturación de alimentos como en el sector servicios, principalmente turismo. También ha tenido una importancia fundamental en el “boom” del sector de la construcción que en nuestros pueblos se ha caracterizado por la rehabilitación de viviendas o por la construcción de obra nueva para segunda residencia. En este sector el índice de trabajadores extranjeros es muy alto. Por todo lo anteriormente dicho y expuesto hay autores que hablan ya de una “Nueva Funcionalidad de la Sociedad Rural o de una Nueva Sociedad Rural”³

El proceso asistencial

¿ Que características tiene esta población? Procede mayoritariamente de países pobres con un alto grado de analfabetismo. Su salud no es una de sus prioridades sino es que les impide trabajar, no tienen interés inicial por las actividades preventivas. Tienen mayor probabilidad de padecer determinadas enfermedades infecciosas según su país de procedencia.

Sus indicadores económicos habitualmente son peores que los de la población autóctona: ingresos salariales inferiores por igual trabajo, más paro, más precariedad laboral.... En muchos casos sufren discriminación racial y social, todo ello asociado a unas peores condiciones de vida junto con la falta de una red de apoyo social y familiar⁴. Es una población mayoritariamente joven con demandas en pediatría y asistencia ginecoobstétrica. Padece alto riesgo de enfermedades mentales (trastornos adaptativos y somatizaciones) y en muchos casos sus motivos de consulta son desconocidos por los propios profesionales debido a las diferencias en el concepto salud – enfermedad fruto de las culturas de origen⁵. También es característica de esta comunidad la existencia de colectivos vulnerables (mujeres y inmigrantes de segunda generación) y la presencia de problemas en salud laboral.

A todo esto se añaden las dificultades en el acceso y uso de nuestro sistema sanitario: incompatibilidad horaria, problemas lingüísticos, situación legal irregular, falta de documentación sanitaria... y que generalmente el primer contacto con nuestro sistema de salud han sido los servicios de urgencia⁶

Todos estos puntos anteriormente citados hacen que la relación asistencial con este colectivo sea compleja y que muchas veces tengamos el riesgo de ofrecer una asistencia no equitativa y de poca calidad. Será durante esta relación con la población inmigrante donde se pondrán más de manifiesto la influencia de los componentes no clínicos en nuestro trabajo diario. Punto de vista este ultimo que parece haber perdido fuerza durante estos últimos años en el análisis de las actividades diarias en nuestros centros de atención primaria.

La búsqueda de la equidad en los servicios, que por ella misma es uno de los pilares de las políticas sanitarias y una de las bases de nuestro sistema publico de salud, ha de ser uno de nuestros principales objetivos. Su fin será el de reducir las desigualdades entre las personas inmigradas y las autóctonas. La base para todo ello será una relación asistencial de calidad y no excluyente tanto desde el punto de vista relacional como de oferta en nuestra cartera de servicios. Para conseguir reducir estas desigualdades y al mismo tiempo prestar una asistencia adecuada se deberán saber manejar con destreza las anteriormente citadas vertientes no clínicas de la asistencia de las que dependerán en gran parte los resultados asistenciales. Por todo ello la relación profesional sanitario – paciente inmigrante, deberá focalizarse más en el paciente que en la enfermedad, teniendo en cuenta de antemano que esta relación asistencial será dificultosa y compleja tanto por factores dependientes de los inmigrantes como de los mismos propios profesionales. Lo que comportará que estos encuentros asistenciales requieran más tiempo y que posiblemente generen más incertidumbre entre los profesionales pudiendo dar lugar a la aparición de conductas no adecuadas.^e

Para solventar en parte estos problemas se propugna el uso de los mediadores culturales dentro de los centros de Atención Primaria. No obstante esta aún por delimitar cual ha de ser su perfil y las condiciones en que han de realizar su labor. Parece ser que estarían mas indicados en etapas iniciales del proceso migratorio⁷

No quiero dejar de comentar aquí, que en relación con la vertiente no clínica de la asistencia sanitaria algunos autores afirman que la presencia de este gran número de pacientes extranjeros que accede o accederá a nuestros servicios ha socavado nuestro modelo sanitario ya de por si en unas condiciones "no optimas". Exponen, que muchos de los profesionales sanitarios están desconcertados ante este nuevo fenómeno y que ello se debe al desconocimiento que tienen sobre las teorías sociales en las que se ponen de manifiesto la importancia de las variables sociales y culturales en el proceso salud-enfermedad.

Estas variables sociales y culturales son de igual importancia tanto si su procedencia es de los profesionales sanitarios como de los mismos pacientes. Todo ello formaría un cúmulo de identidades en constante cambio que en gran manera condicionarían el proceso asistencial. En consecuencia, este desbordamiento de los limites del modelo biológico – preponderante en la mayoría del colectivo medico –exigiría nuevas estrategias asistenciales.

Por todo ello estos autores abogan por un nuevo modelo asistencial mucho mas comprensivo con el contexto cultural y con la diversidad de todos los pacientes (sean cuales sean sus orígenes) basado en la conciencia de la diversidad cultural junto con una formación específica de los profesionales sanitarios en ciencias sociales. Todo ello con el objetivo de la búsqueda y la consecución de una "*profesionalidad global*" más útil y realista que la adquisición de habilidades específicas para ciertos temas por parte de los trabajadores sanitarios.

Todo este proceso de introducción y formación en ciencias sociales serviría al mismo tiempo para revisar y reorientar el manejo que realizamos de los procesos crónicos, actualmente los más prevalentes dentro de la Atención Primaria, en los que pesan y mucho las variables culturales y sociales: del profesional, del paciente y las de su red.

Concluyen diciendo que los problemas de comunicación junto con la necesidad de soporte y la necesidad de “*comprender en*” estas patologías, serían mucho mas importantes que el de “*explicar la causa de*” estos procesos⁷

Relato

VBJ es un médico de familia rural con unos cuantos años de profesión en sus espaldas. Siempre ha estado trabajando en el medio rural. Ha vivido el proceso de evolución y cambio en los servicios sanitarios y en la medicina de cabecera de nuestro país durante los últimos 25 años. Desde hace unos años, en la pequeña población en que la que trabaja hace ya un tiempo, ha habido un proceso de llegada de ciudadanos extranjeros sobre todo procedentes de la Gran Bretaña y Marruecos. En la actualidad tiene registrados en el centro una colonia inglesa que corresponde al 5% del total de sus pacientes asignados y otra de marroquí con otro 5%.

A este médico siempre le ha gustado tener ciertas habilidades con el inglés por aquello de la EBM, Internet, British Medical Journal....Esta habilidad le ha ayudado para la toma de contacto con colectivo anglosajón de su cupo. No obstante el resto de personal del centro no tiene esta misma habilidad y él mientras “pasa consulta” sufre frecuentes interrupciones con el fin de desempeñar una labor de traductor tanto para la enfermera como para el administrativo de su centro. Por otra parte, desde el registro central de pacientes cuando un nuevo usuario de procedencia anglosajona solicita un nuevo médico de familia le llaman para ver si lo quiere aceptar.....

HB es una mujer marroquí de 45 años que desde hace 2 años vive en el pueblo. Durante sus primeros encuentros asistenciales lo que destacaba era que la mayoría de veces la paciente venia con un informe de asistencia del servicio de urgencias del hospital de referencia de la zona al que había acudido por molestias difíciles de entender. La paciente solo hablaba su lengua y era casi imposible entender los motivos de sus demandas tanto en el hospital como en el mismo centro. Como buenamente se pudo se le recomendó que en próximas visitas viniera con algún familiar o conocido con habilidades idiomáticas más amplias para poder orientar sus demandas. Durante las próximas visitas le acompaño una de sus hijas en edad adolescente la cual por el hecho de estar escolarizada se suponía que tenia que entender un poco más nuestro idioma.

Las citas con la presencia de hija fueron un poco “especiales” ya que su capacidad idiomática no era muy alta y al mismo tiempo entre sus quejas la paciente incluía una sintomatología ginecológica difícil de definir. Durante los intervalos de estas citas con su hija, la paciente seguía viniendo al centro con nuevos informes del hospital de referencia al que acudía por la persistencia de sus molestias.

El médico tenia informada del proceso a la asiente social de la localidad que le comenta de la existencia de un servicio de traducción accesible proporcionado por las autoridades locales de la comarca. Deciden conjuntamente utilizar este servicio para tratar de cambiar la dinámica con esta paciente. Con la presencia de la traductora la paciente explica entre otras cosas que tiene un hijo mayor de edad en Marruecos que frecuentemente la llama por teléfono llorando diciéndole que quiere venir a nuestro país y no puede por falta de documentación y dinero. Explica también la paciente que tiene una hija adulta en el pueblo que no tiene “papeles” y no puede conseguir contrato laboral por la falta de los mismos. Relata que su familia tiene problemas económicos y que le gustaría ayudar a su marido en las labores del campo pero que lo ha intentado en diferentes ocasiones y no puede por los dolores que le aparecen a nivel lumbar y que le irradian a la pierna izquierda. Todo ello lo explica mientras llora intermitentemente durante nuestra entrevista. Finalmente comenta que no le importaría regresar a su país pero que no lo hace por el compromiso con sus hijos pequeños y su marido....

Otro magrebí asentado en el pueblo es MO. El es un paciente de 50 años que no viene casi nunca por el centro. Siempre saluda al médico con una sonrisa por la calle y es uno de los más antiguos de la localidad dentro este proceso de asentamiento inmigrante de los últimos años. Las pocas veces que ha venido al centro de salud se le ha pedido que regrese más tarde con un acompañante porque aun siendo de los más antiguos no habla ninguna de las lenguas oficiales de la zona. Durante este invierno consulta por un cuadro catarral de vías altas para el que se le aconseja tratamiento sintomático y se le ofrece una hoja de consejos de salud en árabe para la autocura del proceso. Esta hoja de consejos esta incluida en el programa informático de la historia clínica electrónica para la atención primaria de la comunidad donde reside. El médico se la ofrece explicándole - con la ayuda del acompañante - que debido a la alta presencia de población marroquí en su comunidad su Departamento de Salud ha editado estas hojas de consejo. El paciente explica que no sabe leer ni escribir y que por lo tanto no le puede ser de utilidad, el médico se la da al acompañante para que se la lea.

Este mismo paciente había venido unas semanas antes para la cumplimentación del “certificado médico oficial” para conseguir el “permiso de residencia”. Explico entonces que no había visto ni a su mujer ni a sus hijos desde hacia más de 5 años.

Conclusiones

La atención a los pacientes extranjeros es nuevo reto para todos los profesionales que trabajamos en la atención primaria de nuestro país.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003